



CONSEIL NATIONAL DU SIDA
25-27 RUE D'ASTORG
75008 PARIS
T. 33 [0]1 40 56 68 50
F. 33 [0]1 40 56 68 90
CNS.SANTE.FR

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS

INTERNATIONAL

FR

15 FÉVRIER 2007

AVIS SUIVI DE RECOMMANDATIONS SUR LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
AVIS SUR LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.....	2
UN CADRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ INADAPTÉ.....	2
LA GRATUITÉ POUR UNE EFFICACITÉ DE L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS.....	3
LE FINANCEMENT DE LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AU PROFIT DE LA STRUCTURATION DES SYSTÈMES	4
RECOMMANDATIONS POUR UN ACCÈS GRATUIT À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT	5
1 LA GRATUITÉ DES SOINS POUR ASSURER UNE BONNE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.....	5
Les soins offerts doivent être ceux d'une prise en charge globale.....	5
2 POUR UNE GRATUITÉ AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	5
Le financement de la gratuité de la prise en charge du VIH contribue à structurer le système de santé dans son ensemble.....	5
L'ensemble des acteurs internationaux et nationaux des politiques de santé doit s'inscrire dans la stratégie d'une gratuité au service du système de santé.....	5
3 POUR UN FINANCEMENT PÉRENNE DE LA GRATUITÉ.....	5
Pour une gratuité sans rupture du financement.....	5
Pour une gratuité financée à terme par le développement de mécanismes de mutualisation du risque santé.....	6
4 POUR UNE POLITIQUE ÉTRANGÈRE DE PROMOTION ET DE SOUTIEN À LA GRATUITÉ.....	6
Faire valoir la gratuité au sein des organisations internationales.....	6
Développer l'appui technique pour le VIH au service du renforcement des systèmes de santé.....	6
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES.....	8

AVIS SUR LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE POUR LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Depuis la fin des années 1990, l'épidémie d'infection par le VIH occupe une place de plus en plus importante dans l'agenda mondial. En 1997, la France s'est engagée en faveur de l'accès aux médicaments antirétroviraux (ARV) dans les pays en développement (PED) et, après l'expression de nombreuses réticences, des progrès notables ont été accomplis. Le nombre de personnes mises sous traitement a augmenté. Cependant, la part des personnes traitées reste faible par rapport aux besoins et l'accès est inégal selon les régions. Ainsi, dans certains pays moins de 5 % des personnes qui auraient besoin de médicaments en bénéficient¹. En 2006, les Etats membres de l'Organisation des Nations Unies se sont engagés en faveur d'un accès universel aux traitements, aux soins et aux services d'appui pour 2010. Il s'agit du seul moyen de contrôler l'épidémie et ses conséquences sur les individus et les sociétés, ce qui constitue un soutien direct à la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement.

En dépit de ces avancées, il existe actuellement une barrière financière à l'accessibilité des soins pour les personnes infectées par le VIH. Or, la mise sous traitement est efficace si elle est accessible gratuitement, sans paiement direct au point de délivrance, et si elle s'inscrit dans une prise en charge globale au long cours. Cette efficacité de la gratuité se situe à plusieurs niveaux. Elle est bien sûr d'ordre individuel et médical, mais elle est aussi économique et sociale. De plus, elle peut contribuer au renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble². Par conséquent, au nom de la solidarité internationale, le soutien à la gratuité de la prise en charge globale des personnes infectées par le VIH constitue une exigence éthique.

UN CADRE DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ INADAPTÉ

En 1987, l'Initiative de Bamako (IB) a façonné le cadre actuel du financement du système de santé dans les PED, notamment en établissant la participation financière des usagers au système de soins. Cette contribution devait permettre de surmonter les échecs des politiques internationales de santé des années précédentes qui n'avaient pu offrir un accès universel aux soins de base. Grâce aux contributions directes des patients, les centres de santé disposent de financements propres³. En contrepartie, les usagers peuvent participer à la gestion du centre et la qualité des services peut s'améliorer.

Au moment de la mise en place de l'IB, peu de personnes mesuraient l'étendue de l'épidémie d'infection par le VIH dans les PED, notamment en Afrique subsaharienne. Son impact est aujourd'hui profond et durable. Les pays de l'Afrique subsaharienne comptent 24 millions des 38 millions de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde et les taux de prévalence les plus élevés avec une moyenne de 6 % des personnes infectées dans la population. Dans certaines régions d'Afrique, les PVVIH représentent parfois 20 % à 30 % de la population. Sur ce continent, l'espérance de vie moyenne a diminué tombant de 62 ans à 43 ans. Les femmes représentent 57 % des PVVIH et cette féminisation de l'épidémie peut conduire à ce que l'espérance de vie des femmes soit inférieure à celle des hommes à partir de 2008⁴. L'épidémie d'infection à VIH détruit les familles, les réseaux sociaux et l'économie des sociétés. Sur ce continent, 12 millions d'enfants sont considérés comme orphelins du sida, et ils doivent être pris en charge par

¹ Onusida, *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA. Edition spécial 10e anniversaire de l'Onusida*, Genève, Onusida 2006. Le Conseil national du sida s'est prononcé à plusieurs reprises sur ces différents sujets : *Rapport et recommandations vers une nouvelle solidarité. Pour un accès aux traitements antirétroviraux des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne*, 10 décembre 1998. *Rapport et propositions pour un accès généralisé aux traitements en matière de VIH/sida*, 7 novembre 2000. *Communiqué à l'occasion de la reprise à Pretoria du procès intenté par trente-neuf compagnies pharmaceutiques au gouvernement d'Afrique du Sud*, 17 avril 2001. *Communiqué sur la menace que font peser les accords de Bangui sur la santé en Afrique*, 8 février 2002. *Communiqué sur la nouvelle menace dans l'accès aux traitements des pays pauvres*, 16 janvier 2003. *Avis suivi de recommandation « Promouvoir l'accès aux antirétroviraux des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays du Sud »*, 24 juin 2004. *Avis sur la crise des ressources humaines dans les pays du Sud, un obstacle majeur à la lutte contre le VIH*, 6 juillet 2004.

² Whiteside A, Lee S, The "free by 5" campaign for universal, free antiretroviral therapy. *PLoS Med* 2005;2(8):e227.

³ Les seules exceptions au recouvrement des coûts sont la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre.

⁴ *Rapport mondial sur le développement humain 2006*, Pnud, p. 266. *Perspectives démographiques mondiales*, ONU, 2005.

les grands-parents ou bien les aînés⁵. Selon les pays, la part des femmes et des hommes en âge de travailler vivant avec le VIH varie, mais elle représente parfois jusqu'à 25 % de cette tranche d'âge. La réduction du taux de croissance du PIB peut atteindre alors jusqu'à 3 %⁶. Au niveau des entreprises, l'impact du VIH a pu être calculé comme une « taxe » représentant jusqu'à 6 % de la masse salariale à cause des décès des employés et des conséquences sur les performances des entreprises.

Pour une famille, il est considéré que la dépense de santé moyenne maximale est de 100 euros par an pour l'ensemble des membres. Dans ce contexte, le recours aux soins dépend de la capacité des personnes à soutenir une dépense directe. Elle est difficile à supporter pour les plus pauvres et réduit leur taux d'usage des services de santé⁷. Ces dépenses peuvent atteindre un niveau tel en proportion des revenus qu'elles sont dites « catastrophiques »⁸. Pour des populations à très faibles revenus, un niveau infime de dépense de soins conduit à une dépense catastrophique⁹. Le paiement direct du bien de santé par l'utilisateur est un obstacle à l'accès aux soins, il peut être un facteur d'appauvrissement et source d'iniquité.

En dépit des baisses de prix des médicaments antirétroviraux, un traitement annuel coûte environ 150 euros pour une personne, soit plus que le montant annuel des dépenses de santé de l'ensemble d'une famille. La prise en charge de l'infection par le VIH demande bien d'autres dépenses comme les consultations, des examens médicaux, ... Par exemple au Sénégal, le coût total de la prise en charge dépasse 400 euros par an¹⁰. Par bien des aspects, le paiement direct des soins constitue un frein à une bonne prise en charge¹¹ et il est contradictoire avec l'objectif d'accès universel. Compte tenu des revenus des ménages et du prix d'une prise en charge au long cours, il est impossible pour les personnes d'apporter une contribution sur le long terme, même faible. Dès lors, la gratuité de la prise en charge pour les personnes infectées par le VIH apparaît comme la seule solution pour atteindre l'objectif de l'accès universel en 2010, et elle doit donc s'imposer aux Etats¹².

LA GRATUITÉ POUR UNE EFFICACITÉ DE L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS

L'accès aux traitements permet l'amélioration immédiate de la santé des PVVIH et allège considérablement la charge qui pèse sur les hôpitaux et le personnel de santé. Dans les pays développés, l'arrivée des multithérapies antirétrovirales en 1996 a permis de faire baisser de presque 80 % des nouveaux cas de sida et d'infections opportunistes. Grâce à ces traitements, le recours aux hospitalisations s'est réduit dans des proportions similaires¹³. Aujourd'hui en Afrique, les PVVIH représentent la majeure partie des personnes hospitalisées.

Les données disponibles sur la relation entre paiement direct et prise en charge montrent l'intérêt d'un accès gratuit pour de meilleurs résultats, qu'il s'agisse du dépistage, de l'observance et plus généralement de la mortalité et de la morbidité.

Le premier pas vers la prise en charge de l'infection par le VIH passe par le dépistage. Bien souvent, il est payant et son coût s'ajoute aux multiples freins qui favorisent le report de la prise de connaissance du statut sérologique¹⁴. Élément fondamental de l'efficacité des médicaments, l'adhésion au traitement est limitée par la contrainte de l'accès payant¹⁵. Lorsqu'une contribution est demandée, les traitements sont interrompus quand les financements de la personne sont épuisés, ce qui favorise les risques de sélections de mutations de résistances. A terme, la prise en charge en est compliquée. A l'inverse, l'analyse des résultats d'une vingtaine de programmes montre que la mortalité des personnes mises sous traitement est moindre quand elles disposent d'un accès gratuit aux

⁵ Appaix O, Dekens S, *Pour un plan d'action en faveur des orphelins et enfants vulnérables. Volume 1 Analyse de situation*, Orphelin sida international, mai 2005.

⁶ BIT, *Le VIH/sida dans le monde du travail : évaluation mondiale, répercussions et réponses*, Genève, 2004.

⁷ *World development report 2004, Making Services Work for Poor People*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2003. *World development report 2006, Equity and Development*, Washington, World Bank/Oxford University Press, 2005.

⁸ *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*, WHO, Department of health system financing, Health financing policy, Technical brief for policy makers, n°2, 2005. La dépense de santé est catastrophique quand elle excède 40 % du revenu restant après que les besoins fondamentaux ont été couverts.

⁹ Su TT, Kouyaté B, Flessa S, *Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. Bull World Health Organ* 2006;84(1):21-7.

¹⁰ Vinard P, Diop K, Taverne B, *Comment financer la gratuité ? Le cas de la prise en charge médicale complète des Personnes Vivant avec le VIH/sida au Sénégal*, Dakar, Conseil national de lutte contre le sida, Institut de recherche pour le développement, Alter Santé internationale et développement, janvier 2007, p. 15.

¹¹ WHO, *The practice of charging user fees at the point of service delivery for HIV/AIDS treatment and care*, WHO Working Paper, December 2005.

¹² WHO, *Unaided, Guidance on ethics and equitable access to HIV treatment and care*, WHO, 2004.

¹³ Costagliola D, dir., *Retour d'Informations clinico-Epidémiologiques*, n° 14, janvier 2007, pp. 13-14.

¹⁴ Thielman NM, Chu HY, Ostermann J, Itemba DK, Mgonja A, Mtwewe S, Bartlett JA, Shao JF, Crump JA, *Cost-effectiveness of free HIV voluntary counseling and testing through a community-based AIDS service organization in Northern Tanzania. Am J Public Health* 2006;96(1):114-9.

¹⁵ Laniece I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B, Sylla O, Delaporte E, Ndoye I, *Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. AIDS* 2003;17Suppl3:S103-8.

médicaments¹⁶. D'autres travaux montrent que les meilleurs résultats de contrôle de la charge virale sont ceux des patients inclus dans des programmes d'accès gratuit¹⁷.

La mise sous traitement favorise le retour au travail, les personnes infectées par le VIH peuvent reprendre leurs activités et subvenir aux besoins de leur famille. De plus, le temps passé au travail par les enfants, qui se substituent alors aux parents, décroît et ils peuvent ainsi de nouveau être scolarisés¹⁸. L'accès aux soins sans paiement au point de délivrance apparaît ainsi comme un soutien à l'économie familiale et une contribution directe au développement en évitant aux enfants de travailler. Dans le meilleur des cas, il est banal que les parents vivant avec le VIH arbitrent en faveur des dépenses nécessaires à la scolarité de l'enfant au détriment des traitements¹⁹. Un accès gratuit permettra de ne plus avoir à réaliser de tels choix.

LE FINANCEMENT DE LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE AU PROFIT DE LA STRUCTURATION DES SYSTÈMES

Le financement de la gratuité de l'accès aux soins pour les PVVIH doit faire face à deux défis. D'une part, la disparition des revenus générés par le recouvrement direct des coûts doit être compensée. D'autre part, il faut anticiper l'augmentation des besoins pour atteindre l'objectif de l'accès universel. Pour l'ensemble de la lutte contre l'épidémie en 2008, les ressources disponibles évaluées ne sont que de 10 milliards de dollars²⁰, alors que les besoins estimés s'élèvent à 22 milliards de dollars pour cette même année²¹. Le volume de l'aide extérieure doit donc augmenter de même que l'allocation budgétaire au secteur de la santé par les gouvernements. Les enjeux de ce point de vue relèvent tant du renforcement des systèmes nationaux que de l'aménagement des politiques internationales d'aide.

Les PED font face à de multiples défis sanitaires avec des systèmes de santé fragilisés par des faiblesses structurelles. Les sommes qui doivent être engagées pour la mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge globale sont importantes. Ces financements doivent donc s'inscrire dans une approche sectorielle afin de bénéficier à l'ensemble du système de santé. Ainsi, le soutien au renforcement des circuits d'approvisionnement en antirétroviraux doit servir l'ensemble des produits de santé. Les maternités peuvent bénéficier des améliorations effectuées pour la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH. Il en est de même pour les services de médecine qui font face à des maladies infectieuses et qui prennent en charge de nombreuses PVVIH.

La Déclaration de Paris et les « Trois principes » promus par l'Onusida énoncent des lignes directrices pour un meilleur usage de l'aide et pour améliorer les politiques de lutte contre le sida²². L'application de ces principes doit permettre aux fonds attribués au VIH de contribuer aux politiques de santé dans leur ensemble. Les gouvernements des pays en développement doivent bénéficier d'un appui pour renforcer leurs capacités de gestion et de financement du système de santé. A leur niveau, les bailleurs internationaux doivent contribuer à faciliter la gestion des Etats et au bon usage des fonds mis à leur disposition.

Les failles des réponses nationales peuvent porter préjudice à la riposte mondiale. L'ensemble des Etats, quel que soit leur niveau de développement, a une responsabilité globale face à l'épidémie d'infection par le VIH qui est une menace transnationale. Les gouvernements des pays développés se doivent d'apporter les soutiens nécessaires aux pays qui en ont besoin. Les gouvernements des pays en développement sont responsables envers leur population et envers la collectivité mondiale de la mise en œuvre de politiques de lutte efficace et d'une gestion rigoureuse des fonds alloués.

¹⁶ Braitstein P, Brinkhof MW, Dabis F, Schechter M, Boulle A, Miotti P, Wood R, Laurent C, Sprinz E, Seyler C, Bangsberg DR, Balestre E, Sterne JA, May M, Egger M; Antiretroviral Therapy in Lower Income Countries (ART-LINC) Collaboration; ART Cohort Collaboration (ART-CC) groups, Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *Lancet* 2006;367(9513):817-24.

¹⁷ Ivers LC, Kendrick D, Doucette K, Efficacy of antiretroviral therapy programs in resource-poor settings: a meta-analysis of the published literature. *Clin Infect Dis* 2005;41(2):217-24.

¹⁸ Thirumurthy H, Graff Zivin J, Goldstein M, *The Economic Impact of AIDS Treatment: Labor Supply in Western Kenya*, NBER Working Paper No. 11871, December 2005.

¹⁹ Auditions CNS.

²⁰ Kate J, Lief E, *International Assistance for HIV/AIDS in the Developing World : Taking Stock of the G8, Other Donor Governments and the European Commission*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, July 2006, p. 16.

²¹ Onusida, *Besoins en ressources pour une riposte au SIDA élargie dans les pays à revenus bas et moyens*, Onusida, août 2005, p. 3. Clinton HIV/AIDS Initiative, *Global ARV demand forecast, overview*, 9 June 2006.

²² La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, de mars 2005, pose les principes des relations entre bailleurs et receveurs. Les bailleurs doivent coordonner leur aide et l'aligner sur les politiques nationales ; les Etats receveurs doivent s'approprier les politiques de développement en définissant les axes stratégiques ; l'aide est liée à une gestion selon les résultats obtenus. La Déclaration est accessible à l'adresse : www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf. Les Trois principes de l'Onusida sont un cadre d'action contre le sida, qui offre une base pour la coordination des activités des partenaires ; une instance nationale de coordination de la lutte contre le sida ; et un système de suivi et d'évaluation à l'échelon du pays.

RECOMMANDATIONS POUR UN ACCÈS GRATUIT À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

1 LA GRATUITÉ DES SOINS POUR ASSURER UNE BONNE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH.

Pour les personnes infectées par le VIH, le seul moyen de rester en bonne santé, d'éviter le sida et de rester actif au sein de la société est de bénéficier d'un traitement antirétroviral et de l'ensemble des soins nécessaires. De plus, la mise sous traitement permet d'avoir un impact sur la prévention de la transmission.

Il est aujourd'hui démontré que ce bénéfice est réel, mais surtout si les personnes infectées par le VIH ont un accès gratuit à la prise en charge, c'est à dire sans paiement direct au point de délivrance du service.

Le principe du paiement direct d'une partie des soins et des traitements par les personnes vivant avec le VIH est un obstacle à cet accès et va à l'encontre de l'efficacité des politiques d'accès aux traitements.

LES SOINS OFFERTS DOIVENT ÊTRE CEUX D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

Les services offerts gratuitement aux personnes doivent constituer un ensemble cohérent qui ne se limite pas à la délivrance des traitements, mais qui rassemble le dépistage, le diagnostic, le suivi et la prise en charge avec l'ensemble des services nécessaires. L'étendue des soins offerts doit être adaptée aux situations locales, mais leur évolution doit tendre vers la prise en charge globale.

2 POUR UNE GRATUITÉ AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

LE FINANCEMENT DE LA GRATUITÉ DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CONTRIBUE À STRUCTURER LE SYSTÈME DE SANTÉ DANS SON ENSEMBLE.

La mise en œuvre de la gratuité de la prise en charge des personnes infectées par le VIH doit permettre de renforcer les centrales d'achat nationales et la logistique de l'approvisionnement en produits de santé.

Le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, par ses missions, contribue de fait à associer les trois pathologies. La mise en œuvre de la gratuité doit permettre d'aller au-delà, en développant des programmes qui associent aux politiques de lutte contre le VIH des réponses adaptées aux pathologies à forte prévalence dans les pays.

L'ENSEMBLE DES ACTEURS INTERNATIONAUX ET NATIONAUX DES POLITIQUES DE SANTÉ DOIT S'INSCRIRE DANS LA STRATÉGIE D'UNE GRATUITÉ AU SERVICE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme le recommandent la Déclaration de Paris et les « Trois principes » énoncés par l'Onusida, les pays doivent définir les grandes orientations de leurs politiques de santé. Le financement de la gratuité de l'accès aux soins doit être intégré aux orientations des politiques nationales de santé pour qu'elles en tirent toutes les retombées possibles.

Les projets et programmes soutenus par les bailleurs internationaux doivent être cohérents avec les politiques nationales de santé. Les organisations internationales, les programmes soutenus par Unitaid, les fondations privées, les entreprises qui offrent une prise en charge à leurs salariés, leurs familles et parfois les communautés environnantes, doivent s'aligner sur les politiques nationales.

L'action des différents acteurs des politiques de santé et de lutte contre le VIH doit être coordonnée et harmonisée.

Le suivi et l'évaluation des programmes et leurs financements en fonction des résultats doivent être soutenus et développés sur le modèle des procédures du Fonds mondial qui ont fait preuve de leur pertinence et de leur efficacité.

3 POUR UN FINANCEMENT PÉRENNE DE LA GRATUITÉ

POUR UNE GRATUITÉ SANS RUPTURE DU FINANCEMENT

Les pays sont réticents à s'engager dans la voie de la gratuité de la prise en charge du fait de l'incertitude quant à la pérennité des aides extérieures. Un engagement financier sur le long terme de la part de la France et des autres bailleurs est nécessaire.

Pour assurer la gratuité sans mettre en péril les centrales d'achats, il faut apporter dès maintenant les fonds nécessaires à l'approvisionnement. Les mécanismes de financement pérenne de l'aide, comme Unitaïd ou l'*International finance facility* (IFF), doivent permettre d'assurer la mise en œuvre immédiate de l'accès gratuit à la prise en charge.

POUR UNE GRATUITÉ FINANCÉE À TERME PAR LE DÉVELOPPEMENT DE MÉCANISMES DE MUTUALISATION DU RISQUE SANTÉ

Le développement de la prise en charge gratuite de l'infection par le VIH suppose un accroissement des financements dédiés à la santé. A terme, les Etats doivent pouvoir mettre en place des mécanismes de type assuranciers qui leur permettront de mieux maîtriser les flux financiers.

4 POUR UNE POLITIQUE ÉTRANGÈRE DE PROMOTION ET DE SOUTIEN À LA GRATUITÉ

La France s'est engagée résolument dans la lutte contre l'épidémie d'infection à VIH dans les pays en développement. Les contributions financières multilatérales de la France au Fonds mondial ou à Unitaïd en font un des principaux pays contributeur de la lutte contre le VIH. Afin que les pays en développement puissent bénéficier au mieux de ces opportunités, il est nécessaire de défendre l'idée de la gratuité de la prise en charge au niveau des institutions européennes, au sein des organisations internationales, et d'apporter aux pays l'appui technique nécessaire.

FAIRE VALOIR LA GRATUITÉ AU SEIN DES ORGANISATIONS INTERNATIONALES

LA GRATUITÉ EST LA SEULE VOIE POUR LA RÉALISATION DE L'OBJECTIF D'UN ACCÈS UNIVERSEL POUR 2010.

Après des organisations internationales, la France doit porter le message de la gratuité comme étape nécessaire vers l'objectif de 2010 d'un accès universel au dépistage, aux traitements, aux soins et aux services de soutien.

Les représentants français doivent promouvoir la gratuité de la prise en charge, par exemple à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la santé, et appuyer la mise en œuvre des résolutions de l'OMS sur l'assurance santé et la suppression du paiement direct.

SOUTENIR LES APPROCHES SECTORIELLES EN LIEN AVEC LES FINANCEMENTS DU VIH

Les représentants français doivent promouvoir des politiques internationales d'aide soucieuses du renforcement des structures nationales et du transfert des compétences. Les pays bénéficiaires de l'aide française doivent être encouragés à demander des financements au service du renforcement des capacités.

DÉVELOPPER L'APPUI TECHNIQUE POUR LE VIH AU SERVICE DU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ.

La France dispose d'outils qui apportent un appui technique utile aux pays, comme l'initiative Esther pour l'hôpital ou le soutien au renforcement des politiques nationales du médicament. Cet appui technique doit être maintenu, développé et renforcé, pour mettre la gratuité au service du renforcement des systèmes dans le cadre de politiques sectorielles en santé.

SENSIBILISER L'ENSEMBLE DE L'APPAREIL DE COOPÉRATION AUX ENJEUX DE LA GRATUITÉ

Afin de renforcer la cohérence de la politique de coopération avec les efforts de lutte multisectorielle dans les pays, le personnel de la coopération, notamment les assistants techniques des autres domaines que la santé, doit être sensibilisé aux problèmes posés par l'épidémie d'infection par le VIH.

Les représentants français siégeant dans les organes de décision et de coordination au niveau des Etats, comme ceux du Fonds mondial, doivent assumer pleinement leur tâche en étant présents, informés et vigilants.

RENFORCER L'ASSISTANCE TECHNIQUE ET L'AIDE BILATÉRALE NÉCESSAIRE À L'ACCÈS GRATUIT

Afin de soutenir la définition de stratégies nationales de santé et l'accès à la gratuité, l'assistance technique aux Etats inclut un :

- *Appui au renforcement des connaissances de l'épidémiologie des pays*

Ces connaissances sont nécessaires à la définition des orientations des politiques publiques.

- *Appui au suivi et à l'évaluation des programmes*

Le suivi et l'évaluation des programmes d'accès gratuit sont nécessaires pour s'assurer que les fonds sont effectivement destinés à la prise en charge des patients et pour adapter éventuellement les programmes. Les Etats doivent disposer du personnel nécessaire pour réaliser ce suivi afin qu'il ne vienne pas s'ajouter au travail du personnel médical et paramédical.

- *Appui à la gestion de l'approvisionnement en produits de santé*

Le soutien financier aux centrales d'achat et aux réseaux de distribution du médicament doit être assuré pour que les produits soient effectivement délivrés gratuitement. Le personnel des centrales d'achat et des pharmacies hospitalières doit être préparé à l'augmentation de la demande en produits de santé et aux risques de ruptures d'approvisionnement.

- *Appui à la mise en œuvre des flexibilités offertes par les accords de propriété intellectuelle pour leur application aux produits de santé*

Les accords commerciaux sur le droit de propriété intellectuelle offrent des possibilités de modulation de l'application du droit des brevets aux médicaments et des autres produits de santé en fonction des besoins des pays en développement. La France doit proposer un appui aux pays qui souhaitent utiliser ces flexibilités.

- *Appui à la gestion budgétaire au niveau national et déconcentré*

La disparition du paiement direct nécessite d'orienter des financements vers les structures de soins qui en tiraient une partie de leur budget. Dans l'attente de la généralisation des mécanismes de type assurance santé, les financements internationaux doivent être rassemblés au sein d'un fonds géré par les Etats qui permettra d'acheter des prestations de santé. Du fait de la fin du paiement direct, les structures de santé décentralisées vont perdre une partie de leurs revenus. Les canaux financiers permettant d'apporter les fonds à ces structures doivent être renforcés. Il est nécessaire de soutenir la formation du personnel de gestion de ces fonds.

- *Appui au développement de l'assurance maladie*

Pour cela, la France et l'Union européenne doivent apporter le soutien nécessaire aux Etats en développement pour qu'ils se dotent de l'appareil administratif et juridique éventuellement manquant, et qu'ils forment le personnel compétent, en nombre suffisant, pour assurer la gestion de systèmes de santé complexes.

Le développement de la micro assurance apparaît comme une solution de transition utile pour sa capacité à favoriser la mobilisation de la société civile et à renforcer les compétences en gestion. Toutefois, l'impact de ces mécanismes sur l'accès aux soins pour les personnes infectées par le VIH reste faible.

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

Le Conseil national du sida remercie très vivement les personnes qui ont bien voulu apporter leur contribution à sa réflexion dans le cadre de ses auditions :

- Yves Souteyrand, Organisation mondiale de la santé, Département VIH, Coordinateur « information stratégique et recherche », 15 décembre 2005.
- Pr Alice Desclaux, anthropologue, Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille (UPCAM) / Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), 16 mars 2006.
- Dr Bruno Galland, Centre international de développement et de recherche (CIDR), Chargé du développement de la micro assurance santé, 16 mars 2006.
- Pr Jacky Mathonnat, économiste, Centre d'études et de recherches sur le développement international (CERDI-CNRS), Université d'Auvergne, 16 mars 2006.
- Alain Letourmy, économiste de la santé, chargé de recherche au Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES-INSERM), 27 avril 2006.
- Didier Gobbers, consultant en santé publique, 27 avril 2006.
- Dr Alliou Sylla, chargé du programme national de lutte contre le sida, ministère de la santé de la République du Mali, 4 mai 2006.
- Dr Hélène Rossert, directrice générale de AIDES, 4 mai 2006.
- Pr Jean-Paul Moatti, économiste, Université de la Méditerranée / unité INSERM U379, Institut Paoli Calmette, Marseille, 18 mai 2006.
- Pr Michel Kazatchkine, Ambassadeur pour le VIH/sida et les maladies transmissibles, 19 juin 2006.
- Dr Michel Lavollay, 12 octobre, 2006.
- Olivier Vilaça, responsable du co-investissement, Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, 12 octobre 2006.
- Eric Fleutelot, directeur des programmes internationaux, Sidaction, 12 octobre 2006.
- Serge Barbereau, Caroline Damour, pharmaciens, Réseau médicaments et développement (ReMeD), 26 octobre, 2006.
- Johannes Jütting, Denis Drechsler, Felix Zimmerman, Henri-Bernard Solignac Lecomte, Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Centre de Développement, 27 octobre 2006.
- Landis McKellar, consultant 27 octobre 2006.
- David Dror, Hon. Prof. of health insurance, Erasmus University, Rotterdam, 14 novembre 2006.
- Jean Dussourd, conseiller spécial Unitaïd, ministère des Affaires étrangère, 24 novembre 2006.
- Annick Hamel, Médecins sans frontières (MSF), 15 décembre 2006.
- Dr Bernard Kouchner, Président d'Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (ESTHER), 15 décembre 2006.
- Dr Anne Petitgirard, directrice d'Ensemble pour une solidarité thérapeutique en réseau (ESTHER), 15 décembre 2006.
- Catherine Ferrant, directrice de l'innovation sociale, Dr Jean-Pierre Gardair, médecin, Total, 17 janvier 2007.
- Dr Duncan Earle, chef d'équipe, Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, 26 janvier 2007.
- Dr Badara Samb, Organisation mondiale de la santé, Département VIH, coordinateur « renforcement des systèmes de santé », 26 janvier 2007.
- Philippe Vinard, Economiste de la santé, ALTER santé Internationale, Département des maladies infectieuses, Faculté de médecine de Montpellier, 26 janvier 2007.
- Guilherm de Lemos, Antonio Ortiz, ministère des Affaires étrangère, direction de la coopération, développement social, bureau de la santé, 31 janvier 2007.
- Pascal Brouillet, chef de projets, Agence française de développement, 31 janvier 2007.

Sont également remerciés pour la disponibilité dont ils ont fait preuve : Carinne Bruneton ; Véronique Collard ; Lydia Kawanguzi ; Dr Christian Mouala ; Marie-Claire Uttara ; Dr Jean-Loup Rey ; Sophie-Marie Scouflaire ; Dr Elisabeth Girsch ; Dr Michel Etchebarre, Bernard Taverne ; Dr Dominique Kerouedan.